



TITLE:

尿膜管癌と尿路上皮癌の重複癌の1例

AUTHOR(S):

伊藤, 悠城; 萩原, 正幸; 古内, 徹; 金井, 邦光; 古平, 喜一郎; 二宮, 彰治; 中村, 聡

CITATION:

伊藤, 悠城 ...[et al]. 尿膜管癌と尿路上皮癌の重複癌の1例. 泌尿器科紀要 2010, 56(1): 41-43

ISSUE DATE:

2010-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/92990>

RIGHT:

許諾条件により本文は2011-02-01に公開

尿膜管癌と尿路上皮癌の重複癌の1例

伊藤 悠城, 萩原 正幸, 古内 徹, 金井 邦光
古平喜一郎, 二宮 彰治, 中村 聡
東京都済生会中央病院泌尿器科

A CASE OF DOUBLE CANCER INVOLVING THE URACHUS
AND THE BLADDER

Hiroki ITO, Masayuki HAGIWARA, Toru FURUUCHI, Kunimitsu KANAI,
Kiichiro KODAIRA, Akiharu NINOMIYA and So NAKAMURA
The Department of Urology, Saiseikai Central Hospital, Tokyo

A 49-year-old male was referred to our hospital with the chief complaint of gross hematuria. We performed cystoscopy, and found a solid tumor at the dome of the bladder. Sagittal magnetic resonance imaging revealed an extravesical tumor at the position of the urachus. Transurethral resection of bladder tumor was performed. A solid tumor at the dome and two papillary tumors at the right lateral region of the bladder were observed. A pathological examination revealed adenocarcinoma from the solid tumor and urothelial carcinoma from the papillary tumors. Under a diagnosis of double cancer, adenocarcinoma of the urachus and urothelial carcinoma of bladder, we performed a total cystectomy, neobladder and total resection of the urachus.

(Hinyokika Kiyo 56 : 41-43, 2010)

Key words : Adenocarcinoma of urachus, Double cancer

緒 言

尿膜管癌は比較的稀な疾患であるとされている。今回われわれは尿膜管癌と尿路上皮癌の重複癌の1例を経験した。調べうる限り尿膜管癌と膀胱の尿路上皮癌の同時性の重複癌は本邦では今症例が3例目であった。

症 例

患者 : 49歳, 男性

主訴 : 肉眼的血尿

現病歴 : 2007年8月2日より肉眼的血尿を認めていた。他院での腹部超音波検査で膀胱腫瘍を指摘され, 25日精査・加療目的で当院初診となった。膀胱鏡を施行したところ, 膀胱頂部に充実性腫瘍を認めた。同腫瘍が肉眼的血尿の原因と考え, 9月25日TURBT目的で入院となった。

既往歴 : 高血圧症・高脂血症・高尿酸血症

生活歴 : 喫煙歴あり

血液検査 : 異常所見なし

尿沈渣 ; RBC 10~19/1, WBC 1~4/1

自然尿細胞診 : Class II

骨盤腔MRI (Fig. 1-A, B) : 膀胱頂部正中に直径35 mmの腫瘍を認め, 腫瘍は膀胱周囲組織に浸潤していた。腫瘍と臍を結ぶ索状構造物を認めた。腫瘍はT1およびT2強調画像において低吸収域として描出さ

れ, 造影効果を認めた。

入院後経過 : 2007年9月26日TURBTを施行し, 膀胱頂部に充実性腫瘍を認めた。また, 術前では確認できていなかったが, 右側壁には2カ所に直径10 mm以下の乳頭状腫瘍を認めた (Fig. 2)。病理所見では右頂部腫瘍が高~中分化の粘液産生性の腺癌であり, 右側壁腫瘍は尿路上皮癌であり, 筋層浸潤は認めずG2, pTaであった (Fig. 3-A)。画像所見も加味した結果尿膜管癌と尿路上皮癌の重複癌と診断し, 10月17日膀胱全摘出術・代用膀胱造設術 (Studer法)・尿膜管切除術を施行した。腫瘍は膀胱頂部より臍方向に浸潤していたが, 周囲との癒着はなく, 腫瘍を含めて臍・尿膜管・膀胱を一塊に摘出した (Fig. 4)。

病理組織学的所見 : 膀胱頂部潰瘍部では尿路上皮が脱落しており, 上皮下から筋層に癌の浸潤を認めた。乳頭腺管状に浸潤増殖する粘液産生性の腺癌 (Fig. 3-B)であり, 腫瘍の主体が上皮下にあることから尿膜管癌と診断し, Sheldon分類では膀胱への局所浸潤を認めたことからStage IIIAと考えられた。右側壁TUR後の潰瘍部には, いまだ上皮の再生を認めず尿路上皮癌の残存は認めなかった。

術後経過 : 術後経過は良好であり, 術後24日目に退院となった。後療法なしで外来にて経過観察としていたが, 術後5カ月目の腹部・骨盤腔CTにて腸骨リンパ節領域のリンパ節転移を認めた。その後放射線・化学療法目的で他院転院となった。

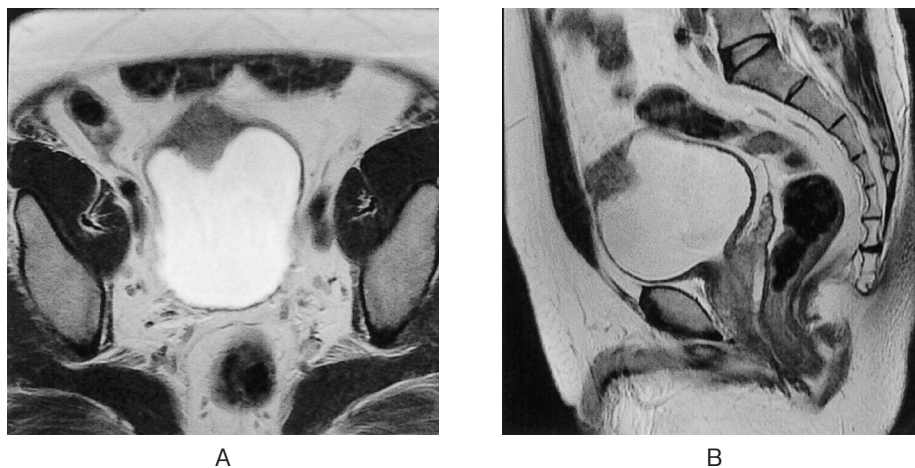


Fig. 1. Pelvic MRI (T2 weighted image). A: Coronal plane: An extravesical tumor at the position of the urachus was revealed. B: Sagittal plane: The tumor extended to the umbilical ligament.



Fig. 2. Two papillary tumors at the right lateral region of the bladder were observed.

考 察

尿管は腹膜と腹横筋筋膜との間に位置し、臍帯と臍動脈の遺残に接するように存在する索状構造物であ

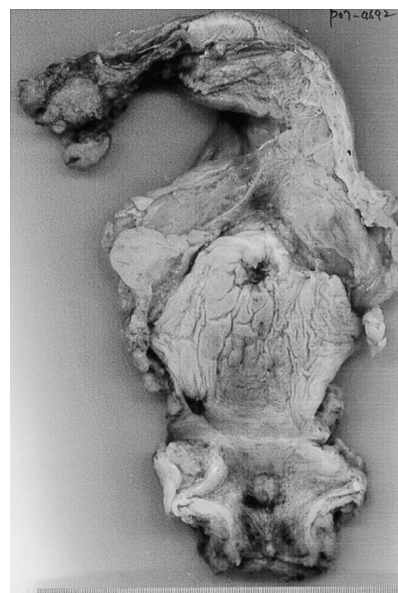
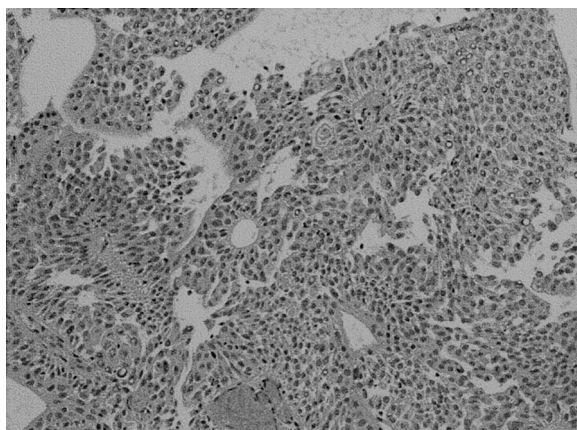
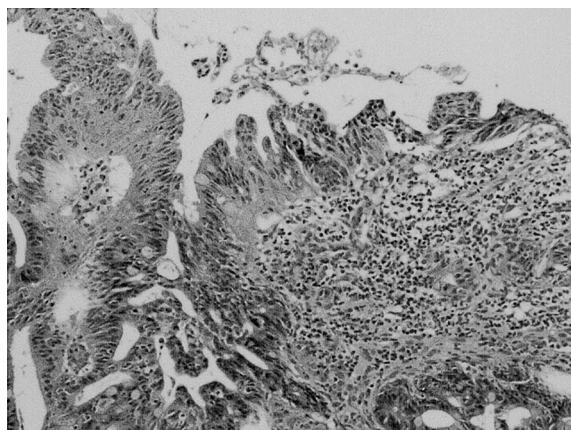


Fig. 4. Macroscopic appearance. A: The ulcer (diameter: 10 mm) was found at the dome of the bladder (→).



A



B

Fig. 3. Microscopic appearance. A: We found urothelial carcinoma G2 in the papillary tumors (HE stain, $\times 100$). B: We found adenocarcinoma in the solid tumor (HE stain, $\times 400$).

る¹⁾。

尿膜管癌の発生率は全膀胱腫瘍の0.17~0.34%であり、その90%は膀胱内、もしくは膀胱よりほど近い尿膜管より発生している²⁾。大部分が腺癌であり、男女比は男性が65%と多く、50歳代に好発するとされている³⁾。予後は不良と言われており、5年生存率は40%、有転移症例では平均生存期間が25カ月との報告がある⁴⁾。その理由として自覚症状が出にくいため発見に時間がかかることが考えられている。また2年以内に約80%程度局所再発するとの報告もあり²⁾、局所再発率の高さも予後不良因子と考えられる。

尿膜管癌に対しては摘出術以外に有効な治療法が確立されていない。術式は大きく分けて3つある。A) 膀胱部分切除術、B) 臍・尿膜管全摘+膀胱部分切除(以降 en bloc と略す)、C) 膀胱全摘除術である。局所再発率の高さから膀胱全摘除術が選択されることが多い。一方で stage IIIC 以上であった場合には再発もしくは癌死の割合が en bloc 78%、膀胱全摘除術80%と大差を認めないことから、QOL の高い en bloc を選択すべきであるとの報告もある⁵⁾。

対して膀胱の尿路上皮癌であるが、約80%の症例が今症例のような筋層非浸潤性とされている。現在筋層非浸潤性膀胱癌に対しては数多くの診療ガイドラインが存在している。治療の中心は TURBT であり、その検体には筋層も含めることで組織診断に加え正確な進達度の評価が必要であるとされている⁶⁾。また近年では、TUR 後の膀胱内注入療法やセカンド TUR の有用性が盛んに報告されている。EAU 2008年版ガイドラインでは腫瘍数、腫瘍の大きさ、再発の頻度、T 分類、CIS 合併の有無、grade の計6つの因子で癌の再発と進行のリスク分類を行っている。それによれば今症例は、recurrence score 4点、progression score 3点であり、risk group はともに intermediate risk とされ、5年再発率は46%となっている⁶⁾。

今回の症例では患者が49歳と若く en bloc による膀胱温存も検討したが、膀胱癌との重複癌であること、今後膀胱癌再発の可能性とその際の加療の必要性があることなどを含め各術式の長所・短所を提示した結果、より根治性が高いと思われる膀胱全摘除術を選択することとなった。ただし、実際には術後尿膜管癌の再発を認めたため、この選択が最良であったかに関しては議論の余地が多分にあると思われる。

今回われわれは尿膜管癌と移行上皮癌の同時性の重

複癌を経験した。調べうる限り尿膜管癌と膀胱の尿路上皮癌の同時性の重複癌は海外での報告は2例^{7,8)}あるのみで、本邦では今症例が3例目であった^{9,10)}。重複癌においては、膀胱頂部に発生した腫瘍の鑑別がますます困難となることが予想される。膀胱頂部の腫瘍に対しては尿膜管癌、尿路上皮癌のいずれの可能性もあることを念頭に置いた上で、慎重な画像検査に加え、TURBT などによる正確な組織診断が必要である。そして癌の臨床病期より推測される再発率、予後を考慮し、術後の QOL 障害は最小限にとどめるよう治療方法を選択していくことが重要と考えられた。

以上、きわめて稀であり教訓的な症例と考え報告した。

文 献

- 1) Gearhart JP: Other bladder anomalies. In Campbell's urology, 8th edition, p 2188-2196, Saunders Co, Philadelphia, 2002
- 2) Sheldon CA, Clayman RV, Gonzales R, et al.: Malignant urachal lesions. J Urol **131**: 1-8, 1984
- 3) Beck AD, Gaudin HJ and Bonham DG: Carcinoma of the urachus. Br J Urol **42**: 555-562, 1970
- 4) Siefker-Radtke AO, Gee J, Shen Y, et al.: Multimodality management of urachal carcinoma: the MD Anderson cancer center experience. J Urol **169**: 1295-1298, 2003
- 5) 浅野晃司, 三木 淳, 山田裕紀, ほか: 尿膜管癌15例の臨床的検討—根治のために膀胱全摘除術は必須か—. 日泌尿会誌 **94**: 487-494, 2003
- 6) Babjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R, et al.: EAU Guidelines on Non-Muscle-Invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder. Eur Urol **54**: 303-314, 2008
- 7) Payen E, Lechevallier E, Bretheau D, et al.: Urachal adenocarcinoma associated with urothelial of the bladder: report of a case. Prog Urol Apr **6**: 288-291, 1996
- 8) Maletic V, Cerovic S, Lazic M, et al.: Synchronous and multiple transitional cell carcinoma of the bladder and urachal cyst. Int J Urol **15**: 554-556, 2008
- 9) 高橋佳紀, 松下和史, 山田泰司, ほか: 膀胱癌に併存した微小尿膜管癌の1例. 三重医 **45**: 119-122, 2002
- 10) 嘉手川豪心, 田崎新資, 池原 在, ほか: 尿膜管癌術後10年目に尿膜管癌再発ならびに膀胱癌を合併した症例. 泌尿器外科 **21**: 213, 2008

(Received on April 8, 2009)

(Accepted on July 27, 2009)